

## Vlaamse cannabispreventie: te soft voor harde evidentie?

Nele Matthys • Guido Van Hal • Philippe Beutels

In Vlaanderen is de preventie van cannabisgebruik onderdeel van een bredere preventieve aanpak. De vraag hoe effectief deze aanpak is, blijft onbeantwoord. Het Vlaamse drugspreventieveld probeert 'evidence based' te werken, maar dit is moeilijk omdat de noodzakelijke 'evidence' veelal ontbreekt. Bovendien is er geen consensus rond het begrip 'evidence', zodat de verwachtingen van het beleid niet stroken met de mogelijkheden van de praktijk. Dit maakt het praktisch onmogelijk om aan 'evidence based'-drugspreventie te doen. De zoektocht naar een goede methodologie om gezondheidspromotie in het algemeen en drugspreventie in het bijzonder, te evalueren, moet daarom worden voortgezet.

### Inleiding

Cannabis is een erg populaire drug in Vlaanderen, zeker bij jongeren. Gezien de gezondheidsrisico's die met het gebruik van cannabis samenhangen, kan men zich afvragen hoe cannabisgebruik in Vlaanderen preventief wordt aangepakt en hoe effectief die preventie is. In dit artikel trachten we deze vragen te beantwoorden. Allereerst geven we aan waarom cannabis preventief wordt benaderd. Vervolgens schetsen we een stand van zaken rond cannabispreventie in Vlaanderen, die de sterke en minder sterke punten van de preventieve aanpak toont. We baseren ons hierbij op het onderzoek naar 'evidence based'-cannabispreventie in Vlaanderen van Matthys, Van Hal en Beutels (2006). Verschillende kwalitatieve onderzoekstechnieken werden bij dit onderzoek aangewend. Ten

eerste werd een literatuurstudie uitgevoerd. In verscheidene wetenschappelijke databanken (Medline, PubMed en Sociological Abstracts) werd gezocht naar relevante literatuur, die vervolgens werd geraadpleegd. Ten tweede werden (semi-gestructureerde) interviews afgenomen van diverse sleutelfiguren (o.a. van programmaverantwoordelijken en deskundigen rond drugspreventie). Ten derde werd zoveel mogelijk grijze literatuur (d.w.z. niet officieel gepubliceerde maar waardevolle rapporten e.d.) verzameld. De geraadpleegde documenten betroffen onder meer beleids- en andere documenten die informatie konden verschaffen over het onderzoeksthema. Ten slotte werden, voornamelijk met de zoekmachine Google, relevante websites gezocht.

Uit de meest recente rapportage van de leerlingenbevraging 2004-2005 door de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD, 2005) blijkt dat vooral het regelmatig gebruik van cannabis bij middelbare scholieren is gedaald, van 6,7% in het schooljaar 2000-2001 naar 3,4% in het schooljaar 2004-2005. Niettemin blijft cannabis in Vlaanderen een erg populaire drug. Zo'n kwart tot een derde van de zestienjarige Vlaamse jongeren geeft aan ooit cannabis te hebben gebruikt (Hibell e.a., 2004; Kinable, 2004; Patesson e.a., 2003; Vereecken & Maes, 2002). Bovendien blijkt uit de Nationale gezondheidsenquêtes van 2001 en 2004 dat zowel het percentage vijftien- tot 64-jarige Vlamingen dat ooit cannabis heeft geprobeerd, als het percentage vijftien- tot 64-jarige Vlamingen dat recentelijk cannabis heeft gebruikt<sup>1</sup>, is toegenomen (resp. van 10,5 tot 12,0% en van 2,3 tot 2,6%; Bayingana e.a., 2006; Demarest e.a., 2002).

Nele Matthys, en, (✉)  
N. Matthys is licentiate politieke en sociale wetenschappen.

<sup>1</sup> In de Nationale gezondheidsenquête van 2001 worden deze percentages niet expliciet vermeld, maar ze kunnen worden berekend.

Over de gezondheidsschade van cannabisgebruik bestaat nog veel onzekerheid. Ten eerste is het onderzoek naar de effecten van cannabis - zeker in vergelijking met tabak - een jong onderzoeksveld en het duurt enkele decennia voordat de nodige klinische observeerbare data beschikbaar zijn om conclusies te kunnen trekken (Ramström, 2004). Ten tweede is het moeilijk om het relatieve aandeel van schade door cannabis af te zonderen van schade door ander hoog-prevalent middelengebruik (bijv. alcohol en tabak). Polydruggebruik is immers de norm bij de meeste doelgroepen. Ten slotte blijken gebruikers zelfs bij betrekkelijk lage concentraties tetrahydrocannabinol (THC), het meest werkzame psychoactieve bestanddeel van cannabis - gezondheidsschade te kunnen oplopen. Het is echter noodzakelijk de evolutie van de THC-concentratie in cannabisproducten verder op te volgen. Er wordt gesuggereerd dat de THC-concentratie in cannabisproducten de voorbije decennia is toegenomen, maar dit is vooralsnog niet onomstotelijk aangetoond (King, Carpenter & Griffiths, 2004; Van Tichelt e.a., 2005).

Wat de aard van de potentiële gezondheidsschade betreft, is het zeker dat cannabis niet rechte lijnen kan leiden tot de dood; er bestaat geen dodelijke overdosis (Hall & Solowij, 1998). Cannabisgebruik kan wel acute angst- en paniecreacties veroorzaken. Bovendien kan een acute psychose worden geïnduceerd door cannabisgebruik (Channabasavanna, Paes & Hall, 1999; Hanak e.a., 2002; Kalant, 2004; Peuskens & Vansteelandt, 2003; Ramström, 2004). Doordat het gebruik van cannabis het cognitief en motorisch functioneren beïnvloedt, wordt het risico vergroot op ongevallen bij het uitvoeren van complexe taken, zoals autorijden (Laumon e.a., 2005; Smiley, 1999; Swann, 2000). Het combineren van cannabis met alcohol vergroot bovendien het risico van (verkeers)ongevallen, zelfs bij lage doses (Hall & Solowij, 1998; Ramaekers e.a., 2002; Ramström, 2004; Smiley, 1999).

Doordat cannabis voornamelijk vermengd met tabak wordt gerookt, hangt het grootste gezondheidsrisico van cannabisgebruik samen met het inhaleren van rook. Cannabis roken is minstens even kankerverwekkend als het roken van tabak (Kalant, 2004; Ramström, 2004; Tashkin, 1993). Bovendien is reeds vastgesteld dat cannabisgebruik in zeldzame gevallen tot hartproblemen kan leiden, bij mensen die lijden aan hypertensie of cardiovasculaire ziekten (Bergeret e.a., 2002; Ramström, 2004).

Alhoewel geïntegreerd cannabisgebruik mogelijk blijkt en voor sommigen zelfs kan leiden tot een (tijdelijk) beter functioneren, kan met zekerheid worden gesteld dat individuen cannabis ook problematisch kunnen gebruiken (zie de DSM-IV; Kalant, 2004; Ramström, 2004). Personen kunnen zowel afhankelijk zijn van cannabis als er misbruik van maken. Bovendien werd een verband gevonden tussen cannabisgebruik en schizofrenie (Peuskens &

Vansteelandt, 2003). Cannabisgebruik is een onafhankelijke factor bij het (versneld) ontwikkelen van schizofrenie.

Uit het bovenstaande blijkt dat er over de exacte negatieve impact van cannabis op de gezondheid van de gebruikers ervan nog veel wetenschappelijke onzekerheid heerst. Toch wordt algemeen aanvaard dat het gebruiken van cannabis schadelijk kan zijn voor de gezondheid. Hierdoor is cannabispreventie een onderdeel van de gezondheidspromotie. Een andere belangrijke reden om aan cannabispreventie te doen, is dat dit juridische problemen voor de gebruiker kan voorkomen. Cannabis is immers een illegale drug in België.

### Organisatorisch drugspreventielandschap

Het organisatorisch landschap van drugspreventie in Vlaanderen wordt voornamelijk bepaald door beleidsbeslissingen op het politieke vlak. Er wordt op verschillende niveaus aandacht besteed aan de preventie van drugsproblemen. Hoewel preventie in hoofdzaak onder de bevoegdheid van de Gemeenschappen valt, zijn er toch verschillende initiatieven op federaal vlak, op gemeenschaps- en gewest-niveau en binnen elke gemeenschap op provinciaal, regionaal en lokaal niveau (De Maeseneire, 2001).

De benadering van cannabispreventie verschilt op federaal en Vlaams niveau. Op federaal niveau wordt drugspreventie gekaderd binnen de criminaliteitspreventie en op dit niveau is er ook een grote bevoegdheid op het vlak van regelgeving en controle. Op Vlaams niveau is drugspreventie onderdeel van de gezondheidspromotie.

In dit artikel ligt de nadruk op preventie. Hoewel ook vanuit de drugshulpverlening soms aandacht wordt besteed aan preventie, wordt er hier - omwille van de overzichtelijkheid - niet op ingegaan. Initiatieven rond 'harm reduction' komen evenmin aan bod.

#### Federaal niveau

De Federale Overheidsdienst (FOD) Binnenlandse Zaken is onder andere bevoegd voor de preventie van kleine criminaliteit en van openbare hinder verbonden aan het drugsgebruik (zie [www.ibz.fgov.be](http://www.ibz.fgov.be)). De federale overheid ondersteunt sinds 1992 het lokale veiligheidsbeleid van sommige gemeenten en steden. Gemeenten die voor deze steun in aanmerking komen, sluiten hiervoor een contract<sup>2</sup> af met de FOD Binnenlandse Zaken. Deze

<sup>2</sup> Oorspronkelijk werden deze contracten veiligheidscontracten genoemd; in 1996 werden deze omgedoopt tot veiligheids- en samenlevingscontracten en sinds 2002 dragen ze de naam veiligheids- en preventiecontracten. In de periode 2004-2005 werd met 73 steden en gemeenten een veiligheids- en preventiecontract afgesloten.

FOD richtte in 1994 het Vast Secretariaat voor het Preventiebeleid (VSP) op ter ondersteuning en coördinatie van het beleid inzake criminaliteitspreventie. De gemeentelijke preventieprojecten in het kader van de veiligheids- en preventiecontracten en de drugsplannen worden door dit secretariaat ondersteund, administratief en financieel opgevolgd en geëvalueerd.

De federale regering stelde in 2001 de *Federale beleidsnota drugs* voor, die de krijtlijnen uitstippelt voor een nieuwe drugswet, die de drugswet van 1921 moet vervangen (Federale regering, 2001). Deze beleidsnota wil een integraal en multidisciplinair drugsbeleid ontwikkelen (zie [www.health.fgov.be](http://www.health.fgov.be)).

Om tot een gecoördineerd drugsbeleid in België te komen, werd in 2001 - naar aanleiding van de beleidsnota - de Cel Gezondheidsbeleid Drugs opgericht. Deze cel bestaat uit vertegenwoordigers van de ministers die binnen de verschillende regeringen in België verantwoordelijk zijn voor het gezondheidsbeleid. De Cel heeft als opdracht het beleid inzake drugspreventie en het beleid aangaande de hulpverlening aan mensen met drugsgereguleerde problemen, op elkaar af te stemmen. De logistieke en administratieve ondersteuning van de cel wordt georganiseerd door de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

De cel bereidt tevens de oprichting van een Algemene Cel Drugbeleid voor. Die cel 'wordt een overlegplatform tussen alle beleidsverantwoordelijken in België die met middelen (alcohol, tabak, illegale drugs, psychoactieve medicatie en gokken) en middelengerelateerde problemen geconfronteerd worden. Dit overlegplatform moet zowel gezondheidsproblemen als criminele, juridische, internationale en wetenschappelijke aspecten behandelen' (Byttebier, 2003, p. 39). De Algemene Cel Drugbeleid is (d.d. 9 januari 2006) nog niet opgericht, omdat nog niet alle deelregeringen het samenwerkingsakkoord hebben geratificeerd (persoonlijke mededeling M. Geirnaert, directeur van de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen, 9 januari 2006).

## Vlaams niveau

Drugs- of middelenpreventie behoort tot de bevoegdheden van het kabinet van de Vlaamse minister van Volksgezondheid, Welzijn en Gezin. De focus van het Vlaamse preventiebeleid ligt op het voorkómen van gezondheidsschade en het realiseren van gezondheidswinst, zo stelt minister Vervotte (2004). Middelenpreventie tracht dus de gezondheidsschade die samenhangt met middelengebruik te voorkomen en de gezondheid te bevorderen. Belangrijk hierbij is dat de sector middelenpreventie geen onderscheid maakt tussen legale en

illegale drugs, aangezien zowel legale als illegale drugs gezondheidsschade met zich kunnen meebrengen.

De VAD wordt door de Vlaamse overheid erkend als uitvoeringsorgaan voor de uitwerking van haar preventiebeleid ten aanzien van alcohol, illegale drugs, medicatie en gokken. Hiervoor is een convenant tussen de VAD en de Vlaamse overheid afgesloten. De VAD overkoepelt 55 organisaties en twee individuele leden die werken rond middelengebruik. Cruciaal zijn studie en onderzoek, het uitstippelen van een preventie- en hulpverleningsaanpak, informatieverstrekking, vorming en beleidsvoorbereiding. Binnen het werkterrein preventie is de VAD actief in verschillende maatschappelijke sectoren, zoals onderwijs, arbeid, jeugdwerk, sport, uitgaansleven, welzijnswerk en lokaal beleid (zie [www.vad.be](http://www.vad.be)).

De organisaties De Sleutel en Leefsleutels zijn beide aangesloten bij de VAD en zijn erg actief in het Vlaamse (drugs)preventieveld. De Sleutel is een private organisatie, ontstaan in 1974 en sinds 1991 onderdeel van de Broeders van Liefde. Ze heeft diverse centra voor drugshulpverlening en preventie in het leven geroepen. De Sleutel heeft als missie drugsverslaafden en hun omgeving te helpen om zichzelf optimaal te ontplooien en zo goed mogelijk te reïntegreren. Hiervoor wordt een netwerk opgebouwd van hulpverleningscentra, sociale werkplaatsen, werkgelegenheidsprojecten en preventieprogramma's. Primaire preventie wordt gezien als een hoofdtaak, waarbinnen voorlichting en het aanleren van sociale vaardigheden centraal staan (zie [www.desleutel.be](http://www.desleutel.be)).

Leefsleutels vzw is een pluralistische netoverschrijdende non-profitorganisatie. De vereniging werkt aan primaire preventie van verslavend en afwijkend gedrag bij jongeren van drie tot achttien jaar. Ze ontwikkelt programma's die jongeren sociale en emotionele vaardigheden aanleren om zo tot zelfontplooiing te komen (zie [www.leefsleutels.be](http://www.leefsleutels.be)).

Het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie vzw (VIG) is een expertisecentrum in gezondheidspromotie dat zich richt op professionele intermediairen, overheid, media en bedrijfsleven. Hoewel drugspreventie een vorm van gezondheidspromotie is, blijkt de preventie van illegale drugs geen specifiek werkterrein van het VIG te zijn. In 1998 werden vijf Vlaamse gezondheidsdoelstellingen geformuleerd voor tabakspreventie, preventie van borstkanker, preventie van dodelijke ongevallen, preventie van infectieziekten en promotie van gezonde voedingsgewoonten (Denekens & Van den Broucke, 1999). In 2002 werd zelfmoordpreventie hieraan als zesde doelstelling toegevoegd. Het VIG werkt met drie doelstellingen met betrekking tot gezondheidspromotie (tabakspreventie, gezonde voeding en preventie van dodelijke ongevallen; zie [www.vig.be](http://www.vig.be)).

[vig.be](http://www.vig.be)). De opdracht hieromtrent is geformuleerd in een meerjarig convenant, afgesloten tussen de Vlaamse overheid en het VIG (Byttebier, 2003; zie [www.vig.be](http://www.vig.be)).

### Provinciaal niveau

In 1994 werd in elke Vlaamse provincie en in het Brusselse hoofdstedelijke gewest een Provinciaal Preventie Platform (PPP) opgericht (Geirnaert, 1999). Deze platforms sloten een convenant af met de Vlaamse overheid en alle relevante actoren werden erin betrokken. In 1996 werd er in elke provincie een provinciale coördinator aangesteld. Echter, in 2002 werden de beleidsprioriteiten gewijzigd en heeft de Vlaamse overheid de specifieke middelen voor dit niveau stopgezet. De provincies blijven wel investeren in de PPP's. Alle PPP's bestaan nog, met uitzondering van Brussel; daar werd het PPP geïntegreerd in het Lokaal Gezondheidsoverleg (Logo; persoonlijke mededeling M. Geirnaert, 20 juli 2005).

### Regionaal en lokaal niveau

Op regionaal niveau zijn de Centra Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) van groot belang voor het Vlaamse preventiebeleid. De CGG's hebben de wettelijk vastgelegde opdracht om uitvoering te geven aan het Vlaamse preventiebeleid rond middelengebruik (Byttebier, 2003). Ze zijn onder andere actief op het vlak van lokale en regionale netwerkvorming en ondersteuning van lokaal overleg. De CGG's richten zich niet op de uiteindelijke doelgroep, maar op intermediairen. De nadruk ligt op beleidsgericht werken: er wordt getracht het beleid van een organisatie, bedrijf, instelling of gemeente te beïnvloeden. Binnen een aantal CGG's zijn regionale preventiewerkers aangesteld. Die regionale preventiewerkers en de provinciale coördinatoren ondersteunen op hun beurt lokale preventiewerkers die vaak op gemeentelijk/stedelijk niveau werken. Hierbij worden ze zelf gesteund en ondersteund door VAD. De lokale preventiewerkers (bijv. gemeentelijke preventiewerkers) kunnen zowel drugsspecifiek als algemeen preventief werken.

Tussen 1998 en 2002 werden door de Vlaamse overheid Logo's (Loco-regionaal Gezondheidsoverleg en -Organisatie ofwel Lokaal Gezondheidsoverleg) opgericht. Er zijn nu 26 Logo's die elk een convenant met de Vlaamse overheid hebben afgesloten. Samen 'bedienen' zij heel Vlaanderen en Brussel (zie [www.vig.be](http://www.vig.be)). De focus ligt hoofdzakelijk op lokaal gerichte acties, op netwerkvorming en op het op elkaar afstemmen van organisaties (Byttebier, 2003). De Ondersteuningscel Logo's (OCL) coördineert de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen op het vlak van ziektepreventie (borstkankerscreening en vaccinatie). Het VIG ondersteunt de Logo's bij de

gezondheidspromotie en het nastreven van deze gezondheidsdoelstellingen.

### Cannabispreventie: concreet

#### Methodieken

In principe kan een school, bedrijf, organisatie, gemeente, enzovoort, in Vlaanderen een eigen (drugs) preventieve interventie ontwikkelen; dit kan gaan om eenvoudige informatiebrochures tot intensieve vaardigheidstrainingen. Het is onmogelijk hiervan een volledig overzicht te geven. In de praktijk wordt echter vaak een beroep gedaan op professionele preventiewerkers en erkende organisaties. Aangezien die preventiewerkers veelal zelf worden bijgestaan en geschoold zijn door de erkende organisaties, ligt de focus hier op de methodieken en projecten aangeboden door deze organisaties (zie boven).

Speciale cannabispreventie bestaat eigenlijk niet in Vlaanderen (Matthys e.a., 2006). Het is immers beter en praktisch realistischer om alle middelen tegelijk aan te pakken, dan zich te richten op een enkel middel (Pentz, 2003). Preventie van cannabisgebruik is daarom steeds gekaderd binnen alcohol- en drugspreventie of meer algemene preventie. Met 'algemene preventie' wordt hier bedoeld dat de focus niet ligt op het al dan niet gebruiken van alcohol en drugs, maar dat positief gedrag in het algemeen wordt gestimuleerd. Dergelijke preventie heeft bijvoorbeeld ook als specifieke doelen het tegengaan van criminaliteit en het bevorderen van sociaal gedrag. Bij alcohol- en drugspreventie ligt de focus wel op alcohol- en drugsgebruik. Uiteraard kan alcohol- en drugspreventie ook op andere vlakken een positieve invloed hebben, zodat de grens tussen beide vormen van preventie moeilijk te trekken is. De Sleutel en de VAD doen eerder aan alcohol- en drugspreventie, terwijl Leefsleutels aan algemene preventie doet.

Preventie van cannabisgebruik dient vroeg aan te vangen. De meeste (ex-)cannabisgebruikers zijn immers op jonge leeftijd begonnen met het gebruiken van cannabis. Aangezien de meerderheid van de jongeren naar school gaat, wordt de school vaak gebruikt als setting voor drugspreventie. Drugspreventie is hierbij hoofdzakelijk gericht op niet-gebruik, uitstellen van eerste gebruik, vermindering van drugsgebruik en tegengaan van misbruik (Cuijpers, 2003). Zoals in alle Europese landen, zijn ook in Vlaanderen de meeste (grootschalige) drugspreventieprojecten 'school based' (Matthys e.a., 2006).

Scholen bepalen zelf in welke mate en hoe ze aan (drugs)preventie doen. Ze kunnen een eigen project ontwikkelen of een beroep doen op bestaande methodieken.



De Sleutel en Leefsleutels richten zich wat preventie betreft hoofdzakelijk op de onderwijssector. Beide bieden preventiemethodieken aan die gericht zijn op het kleuter-<sup>3</sup>, lager en secundair onderwijs. Bij hun methodieken ligt de focus voornamelijk op het aanleren van (sociale en persoonlijke) vaardigheden. VAD heeft geen aanbod voor het kleuteronderwijs, maar wel voor het lager en secundair onderwijs. Zo werd voor het secundair onderwijs bijvoorbeeld Drugbeleid op School (DOS) uitgewerkt. Concreet bestaat DOS uit drie pijlers: regels en afspraken omtrent drugs (plan), de leerlingen vormen rond en informeren over drugs (opvoeding) en individueel optreden bij problemen door drugs (interventie).

De Sleutel, Leefsleutels noch VAD richt zich rechtstreeks tot de leerlingen: er wordt gewerkt met intermediairen zoals leerkrachten, schooldirectie en medewerkers van de Centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB).

Zoals gezegd, heeft de VAD eveneens methodieken uitgewerkt voor andere maatschappelijke sectoren, namelijk arbeid, jeugdwerk, sport, uitgaansleven, welzijnswerk en lokaal beleid (zie [www.vad.be](http://www.vad.be)). Ook hier wendt de VAD zich over het algemeen niet rechtstreeks tot de uiteindelijke doelgroep, maar wel tot intermediairen (bijv. regionale en lokale preventiewerkers, leiding van jeugdbewegingen, trainers van sportclubs, bedrijfsleiding). Het enige initiatief van de VAD dat de gehele Vlaamse bevolking rechtstreeks als doelgroep heeft, is de DrugLijn. Dit zijn een telefoonnummer en een website (zie [www.druglijn.be](http://www.druglijn.be)), waar iedereen met vragen over drugs terecht kan. De DrugLijn heeft ook een informatiefunctie, bijvoorbeeld via de publicatie en verspreiding van folders.

#### Nattevingerwerk of 'evidence based'-drugspreventie?

Drugspreventie mag geen nattevingerwerk zijn. Investeren in ineffectieve drugspreventie slurpt niet alleen veel financiële middelen op, maar bovendien bestaat het risico dat er ongewenste effecten zijn, zoals een toename van het middelengebruik zelf (Verdurmen e.a., 2003). Zo kunnen korte-termijn preventiecampagnes op scholen een averechts effect hebben omdat ze de nieuwsgierigheid van jongeren naar drugs aanwakkeren en zo de kans op experimenteel gedrag vergroten (Burkhart, 2002). De vraag naar 'evidence based'-drugspreventie is dan ook groot. Het 'evidence based'-karakter van preventie houdt in eerste instantie in dat preventie gebaseerd is op 'evidence', met andere woorden op wetenschappelijk bewijsmateriaal dat de effectiviteit van de preventieve aanpak aantoonst.

<sup>3</sup> Het woord drugs komt hierbij niet ter sprake. Doelen zijn gezondheidspromotie en meer algemene preventie.

Het probleem is echter dat er, binnen de gezondheidspromotie, nog geen consensus is over wat men als 'evidence' erkent en hoe deze kan worden verkregen. In het boek *Evaluation in health promotion. Principles and perspectives* van de World Health Organization (Rootman e. a., 2001) wordt een hoofdstuk ('What counts as evidence: issues and debates' van McQueen en Anderson) gewijd aan de discussie die hieromtrent internationaal wordt gevoerd. Het komt erop neer dat er, vanuit het beleid, grote behoefte is aan kwantitatieve, epidemiologische indicatoren van de effecten van gezondheidspromotie. Men wil de effecten uitgedrukt zien in termen van morbiditeit en mortaliteit, de uitkomstmaten van het medisch model. Omdat gezondheidspromotie veel complexer is dan medische interventies zijn, acht de praktijk dit niet haalbaar. Binnen de gezondheidspromotiesector wil men dan ook afstappen van de methodologie van het medisch model en is men op zoek naar een goede alternatieve methodologie. Hierbij zit men echter nog in de ontwikkelingsfase, zo werd bevestigd op een recent symposium in Vlaanderen en recente conferenties in Nederland rond 'evidence based health promotion'.<sup>4</sup>

In Vlaanderen worden aan drugspreventieve interventies zelden effectevaluaties gekoppeld (Matthys e.a., 2006). Ten eerste botsen onderzoekers die een effectevaluatie willen opzetten, op heel wat methodologische, praktische en ethische problemen om de geijkte medische methoden ('randomised controlled trial', cohortstudie, 'case-control'-studie, cross-sectionele studie) toe te passen in deze context. Zo is de effectiviteit (bijv. van een methodiek) afhankelijk van de kwaliteit van de implementatie en uitvoering. Aangezien meestal met intermediairen wordt gewerkt, heeft men hierop over het algemeen weinig zicht. Ten tweede is er eigenlijk geen budget, mandaat of programma voor effectevaluatie.

Tot op heden is - zowel in Vlaanderen als daarbuiten - nauwelijks iets bekend over de mate waarin (cannabis- of) drugspreventie erin slaagt om het (cannabis- of) drugsgebruik te verminderen (minder frequent gebruiken, een kleinere hoeveelheid gebruiken per keer), te vermijden dat jongeren beginnen met gebruiken of op zijn minst de leeftijd van eerste gebruik te verhogen. Er zijn aanwijzingen dat schoolprogramma's op preventief vlak effect kunnen hebben op intermediaire uitkomstmaten (middelengebruik uitstellen of verminderen). De

<sup>4</sup> In Vlaanderen werd op 8 oktober 2004 het symposium 'Evidence based gezondheidspromotie: praktijk, beleid en onderzoek' georganiseerd door het VIG (zie [www.vig.be](http://www.vig.be)). In Nederland werden in de loop van 2003 en 2004 vier conferenties rond 'new health promotion' georganiseerd door de Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst Rotterdam en het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (zie [www.nigz.nl](http://www.nigz.nl)). De verslagen van die conferenties zijn gepubliceerd in een boek van Saan en De Haes (2005).

veranderingen die kunnen worden bereikt, zijn echter klein en alleen aan te tonen bij langlopende, perfect opgezette en geïmplementeerde programma's (Rigter, 2006). Naar de gezondheidseffecten van drugspreventie is ook nog geen onderzoek gedaan.

Tevens is er een gebrek aan onderzoek naar de effecten van preventie op specifieke doelgroepen (bijv. lagere sociaal-economische klassen en allochtonen) en worden interventies nauwelijks gebaseerd op theoretische modellen. Ook is er behoefte aan langlopende onderzoeken, waardoor eventueel causale verbanden kunnen worden aangetoond (Cuijpers e.a., 2006).

Bovendien is er, zeker in Europa, weinig bekend over andere effecten in termen van niet-drugsspecifiek gedrag. Sommige projecten en methodieken hebben een breder doel dan louter drugspreventie. Een aantal projecten wil risicofactoren voor 'deviant' gedrag in het algemeen beïnvloeden, bijvoorbeeld door jongeren vaardigheden bij te brengen. Europese effectevaluaties die nagaan of die vaardigheden ook daadwerkelijk worden beïnvloed door die projecten, zijn schaars. In het European Drug Addiction Prevention Trial (zie [www.eudap.net](http://www.eudap.net)) zijn bijvoorbeeld vragen omtrent persoonlijke en sociale vaardigheden opgenomen.

De evaluatieonderzoeken rond drugspreventieve projecten in Vlaanderen zijn hoofdzakelijk procesevaluaties en formatieve evaluaties. Het gaat met andere woorden voornamelijk over kwalitatieve onderzoeken waarbij men een antwoord zoekt op vragen als: werd het project goed uitgevoerd? Werde de beoogde doelgroep bereikt? Heeft die doelgroep het project begrepen zoals bedoeld? Zijn de reacties op het project positief of negatief? Werde de theoretische kennis omtrent drugsgebruik toegepast? Is het project nog up-to-date? Dergelijke evaluaties kunnen aantonen waarom een effect wel of niet is opgetreden, maar ze leveren geen informatie over de effecten (in termen van vaardigheden, gedrag of gezondheidswinst). In Vlaanderen wordt dus weinig 'evidence' verzameld.

Het voorgaande betekent echter niet dat men in het Vlaamse drugspreventieveld blind is voor 'evidence based' werken. Men werkt zoveel mogelijk 'evidence based'; het probleem is echter dat de noodzakelijke 'evidence' in veel gevallen ontbreekt.

Matthys e.a. (2006) vonden in de literatuur alleen voor drugspreventie in scholen criteria waaraan interventies moeten voldoen om 'evidence based' te zijn. Die criteria werden opgesteld aan de hand van evaluatiestudies van - hoofdzakelijk Amerikaanse - drugspreventieve 'school based'-programma's. Zowel Cuijpers (2002) als het European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA; zie [www.emcdda.eu.int](http://www.emcdda.eu.int); Burkhart, 2002) formuleerden een aantal criteria, die elkaar aanvullen:

1. interactieve methode, kleine groepen, intensief getrainde aanbieders;
2. betrekken van peer- en andere leaders;
3. intensief erbij betrekken van gezin en gemeenschap;
4. zowel legale als illegale middelen bespreken;
5. kennis vergroten over middelen en gevolgen van gebruik;
6. versterken van persoonlijke vaardigheden (beslissingen nemen, zich doelen stellen, zich weten te redden) en sociale vaardigheden (assertiviteit, weerstand bieden aan druk van leeftijdgenoten);
7. rekening houden met normen en attitudes van 'belangrijke anderen';
8. duidelijke normen geven inzake (niet-)gebruik;
9. corrigeren van verkeerde beeldvorming over het drugsgebruik door leeftijdgenoten.

In de literatuur werden geen criteria gevonden waaraan interventies in andere maatschappelijke sectoren moeten voldoen om effectief te zijn. Organisaties die zich met drugspreventie inlaten, moeten zich dus baseren op algemene, hoofdzakelijk theoretische inzichten omtrent drugspreventie.

De VAD verzamelt informatie en expertise inzake recente inzichten rond drugspreventie. Die (nieuwe) kennis tracht de VAD toe te passen in preventiemethoden en door te geven, onder meer via scholing. Zo wordt bij 'school based'-projecten (bijv. DOS) rekening gehouden met de aanbevelingen van het EMCDDA en van Cuijpers (2002).

Ook De Sleutel is expliciet begaan met het 'evidence based'-karakter van haar preventiemethodieken. Deze organisatie volgt de recente literatuur omtrent drugspreventie op en houdt met de recente inzichten rekening bij het opzetten van drugspreventieve projecten. Ook bij de ontwikkeling van de 'school based'-projecten van De Sleutel werd rekening gehouden met de criteria van het EMCDDA. De Sleutel is bovendien betrokken bij een veelbelovend Europees onderzoeksproject (EU-DAP) dat de effecten van bepaalde schoolinterventies nagaat, om bij te dragen aan de 'evidence' rond 'school based'-drugspreventie (Van der Kreeft, 2005). Verder baseerden zowel De Sleutel als Leefsleutels zich op buitenlandse projecten bij de ontwikkeling van hun drugspreventieve projecten/methodieken. Zo zijn Leefsleutels voor Jongeren (van Leefsleutels) en Het Gat in de Haag (van De Sleutel) adaptaties van buitenlandse projecten. Het is hierbij heel belangrijk oog te blijven houden voor welke resultaten uit buitenlands onderzoek kunnen worden toegepast in de eigen contreien, en vooral ook wanneer dit zeker niet is aangewezen (Verdurmen e.a., 2003).

## Tot besluit

Daar waar er voor alcohol- en drugspreventie een belangrijke aanzet tot wetenschappelijk houvast bestaat in scholen, is dit daarbuiten zo goed als afwezig (bijv. gezinnen, gemeenschappen, buurten, wijken). Ook is er nauwelijks wetenschappelijke informatie over de impact van de massamedia als middel om aan cannabispreventie te doen. Wij zouden dan ook een lans willen breken voor meer wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van alcohol- en drugspreventie in de diverse sectoren van het maatschappelijk leven en via verschillende informatiedragers. Het is daarbij van groot belang dat niet alleen wordt gekeken naar de effecten op omvang en frequentie van het cannabisgebruik, maar ook - en bij voorkeur - naar het functioneren en welbevinden in het algemeen van cannabisgebruikers (Rigter, 2006).

## Dankbetuiging

We willen onze oprechte dank uitspreken voor de nuttige informatie en feedback die wij kregen van verscheidene contactpersonen: Ilse Bernaert, Bernard Bruggeman, Marijs Geirnaert, Kristl Habils, Ivo Hooghe, prof. dr. Philippe Jorens, Rik Prenen, Peer van der Kreeft, Wim Vanspringel en Tom Warmoes. Deze contactpersonen zijn uiteraard niet verantwoordelijk voor de inhoud van dit artikel, die volledig berust bij de auteurs. Bovendien willen we graag de leden van de stuurgroep bedanken voor het volgen en bijsturen van het onderzoek, hun advies en kritische vragen: Luc Vuylsteke de Laps en Alexander Witpas, medewerkers van Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

## Literatuur

- Bayingana, K., Demarest, S., Gisle, L., Hesse, E., Miermans, P.J., Tafforeau, J., & Heyden, J. Van der (2006). *Gezondheidsenquête door middel van interview, België, 2004* (IPH/EPI Reports 2006-035). Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Afdeling Epidemiologie. (Internet, februari 2006: [www.iph.fgov.be/epidemio/epinl/crospnl/hisnl/table01.htm](http://www.iph.fgov.be/epidemio/epinl/crospnl/hisnl/table01.htm).)
- Bergeret, I., Papageorgiou, C., Verbanck, P., & Pelc, I. (2002). Cannabis and physical health. In I.P. Spruit (Ed.), *Cannabis 2002 report. Technical report of the International Scientific Conference* (pp. 44-50). Brussel: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Gezin.
- Burkhardt, G. (2002). Drugspreventie op scholen in de EU. Informatie- en rapportagesystemen zijn van cruciaal belang. *Drugs in Beeld*, 5. (Internet, 17 maart 2005: [emcdda.eu.int](http://emcdda.eu.int).)
- Byttebier, A. (2003). *Beleidsplan. Preventie van middelengebruik*. (Internet, 21 maart 2005: [desleutel.be/files/vlaams\\_beleidsplan\\_preventie.pdf](http://desleutel.be/files/vlaams_beleidsplan_preventie.pdf).)
- Channabasavanna, S.M., Paes, M., & Hall, W. (1999). Mental and behavioral disorders due to cannabis use. In H. Kalant, W. Corrigall, W. Hall & R. Smart (Eds.), *The health effects of cannabis* (pp. 269-290). Toronto: Centre for Addiction and Mental Health.
- Cuijpers, P. (2002). Effective ingredients of school-based drug prevention programs. A systematic review. *Addictive Behaviors*, 27, 1009-1023.
- Cuijpers, P. (2003). Three decades of drug prevention research. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 10, 7-20.
- Cuijpers, P., Scholten, M., & Conijn, B. (2006). *Verslavingspreventie. Een overzichtsstudie* (Programma Verslaving, dl. 4). Den Haag: ZonMw.
- Demarest, S., Heyden, J. Van der, Gisle, L., Buziarsist, J., Miermans, P.J., Sartor, F., Oyen, H. Van, & Tafforeau, J. (2002). *Gezondheidsenquête door middel van interview* (IPH/EPI Reports 2002-25). Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Afdeling Epidemiologie. (Internet, 21 april 2005: [iph.fob.be/sasweb/his/nl/index.htm](http://iph.fob.be/sasweb/his/nl/index.htm).)
- Denekens, J.P.M., & Broucke, S. Van den (1999). De Vlaamse gezondheidsdoelstellingen: een richtsnoer voor lokale preventie. *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 55, 1195-1204.
- Federale regering (2001). *Federale beleidsnota drugs* (19.01.01). Brussel: Koninkrijk België.
- Geirnaert, M. (1999). Preventie van alcohol-en andere drugproblemen in Vlaanderen: een integrale benadering. In C. Mensink & I.P. Spruit (Eds.), *Verslaving 1998: over gebruik en zorg* (pp. 139-153). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Hall, W., & Solowij, N. (1998). Adverse effects of cannabis. *Lancet*, 352, 1611-1616.
- Hanak, C., Tecco, J., Verbanck, P., & Pelc, I. (2002). Cannabis, mental health and dependence. In I.P. Spruit (Ed.), *Cannabis 2002 report. Technical report of the International Scientific Conference* (pp. 51-65). Brussel: Ministry of Public Health of Belgium.
- Hibell, B., Andersson, B., Bjarnason, T., Ahlström, S., Balkireva, O., Kokkevi, A., & Morgan, M. (2004). *The ESPAD report 2003. Alcohol and other drug use among students in 35 European countries*. Stockholm: Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs/Pompidou Group, Council of Europe.
- Kalant, H. (2004). Adverse effects of cannabis on health: an update of the literature since 1996. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 28, 849-863.
- Kinable, H. (2004). *Bevraging Vlaamse leerlingen in het kader van een drugbeleid op school. Schooljaar 2003-2004*. Brussel: VAD.
- King, L.A., Carpentier, C., & Griffiths, P. (2004). *An overview of cannabis potency in Europe* (EMCDDA Insights nr. 6). Lissabon: EMCDDA.
- Kreeft, P. van der (2005). *Evidence based preventie van druggebruik en verslaving in de werking van de sleutel*. (Internet, 16 maart 2005: [desleutel.be/files/evidence\\_based\\_sleutel.pdf](http://desleutel.be/files/evidence_based_sleutel.pdf).)
- Laumon, B., Gadegbeku, B., Martin, J.-L., Biecheler, M.-B., & SAM group (2005). Cannabis intoxication and fatal road crashes in France: population based case-control study. *British Medical Journal*, 331, 1371-1377.
- Maeseneire, I. De (2001). Alcohol- en drugspreventie. In V. Stevens & S. Van den Broucke, *Gezondheidspromotie 2001. Gezondheidspromotie in Vlaanderen* (pp. 161-172). Leuven-Apeldoorn: Garant.
- Matthys, N., Hal, G. Van, & Beutels, P. (2006). *Evidence based cannabispreventie in Vlaanderen. Een overzicht van preventiestrategieën en mogelijkheden tot gezondheidsgelateerde evaluatie op bevolkingsniveau*. Antwerpen: Universiteit Antwerpen/Universitair Wetenschappelijk instituut voor Drugproblemen.
- McQueen, D.V., & Anderson, L.M. (2001). What counts as evidence: issues and debates. In I. Rootman, M. Goodstadt, B. Hyndman, D. V. McQueen, L. Potvin, J. Springett & E. Ziglio (Eds.), *Evaluation in health promotion. Principles and perspectives* (pp. 63-79). Copenhagen: WHO Europe.
- Patesson, R., Steinberg, P., Joris, L., Servais, L., Smet, S. De, Delmarcelle, C., & Hoffmann, E. (2003). *Jongeren en welzijn enquête. Eerste resultaten cannabis, ecstasy en andere substanties*. Brussel: Rodin Stichting.

- Pentz, M.A. (2003). Evidence-based prevention: characteristics, impact, and future direction. *Journal of Psychoactive Drugs*, 35, 143–153.
- Peuskens, J., & Vansteelandt, K. (2003). *Psychiatrische effecten van cannabisgebruik. Een kritische analyse van wetenschappelijke resultaten en onderzoeksmethoden. Eindrapport (project DR/06)*. (Internet, 14 juli 2005: [www.belspo.be/belspo/home/publ/pub\\_ostc/drug/rdr06\\_nl.pdf](http://www.belspo.be/belspo/home/publ/pub_ostc/drug/rdr06_nl.pdf).)
- Ramaekers, J.G., Berghaus, G., Laar, M. van, & Drummer, O.H. (2002). Performance impairment and risk of motor vehicle crashes after cannabis use. In I.P. Spruit (Ed.), *Cannabis 2002 report. Technical report of the International Scientific Conference* (pp. 66–82). Brussels: Ministry of Public Health of Belgium.
- Ramström, J. (2004). *Adverse health consequences of cannabis use. A survey of scientific studies published up to and including the autumn of 2003*. Sandviken: Sandvikens Tryckeri.
- Rigter, H. (2006). *Cannabis. Preventie en behandeling bij jongeren*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Rootman, I., Goodstadt, M., Hyndman, B., McQueen, D.V., Potvin, L., Springett, J., & Ziglio, E. (Eds.) (2001). *Evaluation in health promotion. Principles and perspectives*. Copenhagen: WHO Europe.
- Saan, H., & Haes, W. de (2005). *Gezond effect bevorderen: het organiseren van effectieve gezondheidsbevordering*. Woerden: NIGZ.
- Smiley, A. (1999). Marijuana: on-road and driving-simulator studies. In H. Kalant, W. Corrigall, W. Hall, & R. Smart (Eds.), *The health effects of cannabis* (pp. 173–191). Toronto: Centre for Addiction and Mental Health.
- Swann, P. (2000). *The real risk of being killed when driving whilst impaired by cannabis. Proceedings of the International Council on Alcohol, Drugs and Traffic Safety (ICADTS)*, Stockholm. (Internet, 12 juli 2004: [www.icadts.org/proceedings/2000/icadts2000-080.pdf](http://www.icadts.org/proceedings/2000/icadts2000-080.pdf).)
- Tashkin, D.P. (1993). Is frequent marijuana smoking harmful to health? *Western Journal of Medicine*, 158, 635–637.
- Tichelt, K. Van, Canfyn, M., Govaerts, C., Lenearts, K., Piette, V., & Parmentier, F. (2005). *9-THC-concentraties in cannabis in 2003 en 2004*. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Afdeling Geneesmiddelenanalyse.
- VAD (2005). *Bevraging Vlaamse leerlingen in het kader van een drugbeleid op school. Syntheserapport schooljaar 2004-2005*. Brussel: VAD.
- Verdurmen, J., Oort, M. van, Meeuwissen, J., Ketelaars, T., Graaf, I. de, Cuijpers, P., Ruiter, C. de, & Vollebergh, W. (2003). *Effectiviteit van preventieve interventies gericht op jeugdigen: de stand van zaken. Een onderzoek naar de effectiviteit van in Nederland uitgevoerde preventieve programma's gericht op kinderen en jeugdigen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Vereecken, C., & Maes, L. (2002). *Rapport jongeren en gezondheid, 1990-2002*. Gent: Universiteit Gent. (Internet, 12 mei 2005: [allserv.rug.ac.be/~cvereeck/hbsc](http://allserv.rug.ac.be/~cvereeck/hbsc).)
- Vervotte, I. (2004, 22 oktober). *Welzijn, gezondheid en gezin. Beleidsnota 2004-2009*. (Internet, 22 maart 2005: [jsp.vlaams-parlement.be/docs/stukken2004-2005/g93-1.pdf](http://jsp.vlaams-parlement.be/docs/stukken2004-2005/g93-1.pdf).)